

La Conducta de Enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial

Antonio Galán Rodríguez, M^a Ángeles Pérez San Gregorio y Alfonso Blanco Picabia
Universidad de Sevilla

La necesidad de caracterizar a nivel psicosocial a distintos grupos de enfermos ha llevado al uso de diversos conceptos, entre los que destaca el de Conducta de Enfermedad. Hemos evaluado la capacidad de este concepto para diferenciar entre tres grupos de enfermos (EPOC estabilizados, EPOC descompensados y Cáncer de pulmón quirúrgico). Para ello hemos utilizado el Illness Behavior Questionnaire (IBQ) y aplicado un Análisis Discriminante. Nuestros resultados han mostrado la capacidad de este concepto para distinguir a enfermos con patologías diversas, especialmente entre aquellos que padecen una enfermedad crónica y aguda.

Illness Behavior: capacity to distinguish groups of patients psychosocially. The need of characterizing psychosocially different groups of patients has lead to the use of several concepts, among which Illness Behavior could be highlighted. We have assessed the capacity of this concept to differentiate among three groups of patients (stabilized COPD, acute COPD and surgical lung cancer). Illness Behavior Questionnaire (IBQ) has been employed, and Discriminant Analysis has been applied. The results indicated that this concept distinguishes among patients with diverse pathologies, especially among those who suffer a chronic and acute disease.

El interés por apresar la realidad psicosocial del enfermar humano ha implicado el desarrollo de modelos y conceptos muy diversos que permitan sustentar el trabajo clínico e investigador (Llor, Abad, García y Nieto, 1995; Jiménez, 1998). Algunos de ellos han sido utilizados para establecer patrones de respuesta específicos de grupos de enfermos, intentando de esta manera lograr algún tipo de caracterización psicosocial del enfermar. Uno de los conceptos utilizados para ello ha sido el de Conducta de Enfermedad. Su recorrido arranca con la obra del sociólogo estadounidense T. Parsons y su concepto de «rol de enfermo» (sick role), un tipo de rol definido por una serie de derechos y deberes que nuestra sociedad occidental adjudica a los enfermos. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación (Parsons, 1982).

Otro autor especialmente relevante fue D. Mechanic, quien junto con Volkar acuñó la expresión «Conducta de Enfermedad» para recoger la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales, y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales (Mechanic, 1962). La utilidad de este concepto desencadenó un prolífico uso que llevó a la Conducta de Enfermedad a convertirse en un marco de referencia para múltiples

y diversas líneas de investigación en torno a la salud-enfermedad. Frente a esta dispersión del concepto, la obra de I. Pilowsky supone la focalización en un ámbito muy concreto, el de las manifestaciones psicopatológicas que se desarrollan en el ámbito de la corporalidad. Su descontento con las categorías diagnósticas tradicionales acerca de los trastornos somatomorfos (Pilowsky, 1996) le llevó a desarrollar el concepto de «Conducta Anormal de Enfermedad», a la que definió como «*la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad (...)*» (Pilowsky, 1993a, p. 62). Con él pretendía recoger todas aquellas situaciones en las que se produce una discrepancia entre el estado somático (con síntomas presentes o ausentes) y la reacción del individuo frente a ellos.

A pesar de la valía de sus contribuciones, las aportaciones de Mechanic y de Pilowsky no pueden ser consideradas modelos teóricos plenamente elaborados (Ballester, 1990). Serían otros autores los que desarrollarían modelos propiamente dichos en torno a la Conducta de Enfermedad. Así, H. Leventhal formuló un modelo de autorregulación en el que se enfatiza el papel de las teorías que el propio enfermo desarrolla en torno a su estado de salud; son teorías denominadas «de sentido común», en oposición a las teorías científicas que rigen la actividad del médico, y cuyo valor reside en su capacidad para determinar la conducta del individuo (Leventhal y Nerenz, 1985; Weinman y Petrie, 1997). Otro modelo teórico especialmente elaborado es el de McHugh y Vallis (1986), que no es sino un intento de superar las deficiencias del modelo biopsicosocial de Engel (1980, 1997).

Correspondencia: Antonio Galán Rodríguez
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
41018 Sevilla (Spain)

En los últimos años han sido numerosos los intentos por establecer patrones o perfiles de respuesta propios de las distintas situaciones del enfermar; de esta manera se ha intentado trascender de la variabilidad en las respuestas individuales para establecer unos patrones normativos. El concepto de Conducta de Enfermedad ha resultado uno de los instrumentos más fructíferos en este empeño. La forma en que ha sido utilizado ha sido doble:

1. Establecer patrones generales de conducta de enfermedad, buscando elementos comunes a individuos que sufren patologías diversas. Así, Nieto, Abad, López, García y Morales (1989) estudiaron un heterogéneo grupo de enfermos e identificaron tres patrones de conducta anormal de enfermedad: hipocondríaco, de conversión y distímico. De la misma manera, Alonzo (1980, 1984) plantea que las conductas de enfermedad podrían ser de al menos cuatro tipos: en enfermedades cotidianas, en enfermedades agudas, en enfermedades crónicas y en urgencias.

2. Identificar patrones psicosociales en enfermedades concretas. Así, se ha evaluado la conducta de enfermedad en pacientes ostomizados (Martínez, Arnaldos y Hernández, 1996), infartados (Amaldos, Cardona y Hernández, 1996), o con crisis de angustia (Ballester y Botella, 1993).

Esta última forma de utilizar el concepto de Conducta de Enfermedad implica que éste resulta sensible a las condiciones particulares que configuran cada situación médica. El objetivo de esta investigación ha residido precisamente en el intento de poner a prueba esta capacidad. En efecto, queremos comprobar que las dimensiones que configuran la Conducta de Enfermedad varían al cambiar el ámbito del enfermar o la situación clínica consideradas.

Método

Muestra y procedimiento

La muestra estaba compuesta por tres grupos de 32 enfermos cada uno. El primero de ellos (EPOC-AMB) estaba formado por personas diagnosticadas de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y que acudían a una cita de seguimiento previamente programada en un momento de estabilidad clínica. El segundo grupo (EPOC-HOSP) estaba compuesto por enfermos hospitalizados por una descompensación de un cuadro previo de EPOC a partir de una infección respiratoria. Finalmente, el tercer grupo (CAN-PUL) lo formaban enfermos con cáncer de pulmón ingresados en una unidad de Cirugía Torácica en espera de una intervención quirúrgica.

Los tres grupos eran similares a nivel estadístico en una serie de variables sociodemográficas que recogimos en una entrevista estructurada:

- *Edad*, con una media total de 64,06 años.
- *Nivel cultural*, con un predominio de enfermos que sólo saben leer y escribir (56,3%).
- *Estado civil*, con un claro predominio de casados (82,3%).
- *Número de hijos*, con una media total de 3,07.
- *Duración de la hospitalización actual*, donde el mayor porcentaje de enfermos se incluye en los rangos que recogen entre 1 y 7 días (42,2%) y entre 8 y 14 días (29,7%).
- *Número de intervenciones quirúrgicas previas*, donde encontramos que el 42% de los enfermos ha sido intervenido tres o más veces, el 18,8% lo ha sido en dos ocasiones, el 20,8% en una, y el resto no lo ha sido nunca.

Como características generales consideradas en la selección de los enfermos se requería ser varón, tener una edad comprendida entre 40 y 85 años, y no presentar alteraciones en las aptitudes sensoriales o estado mental que impidiesen orientarse espacio-temporalmente o mantener una conversación congruente. En todos los casos la selección de los enfermos se realizó según el orden en que acudían o eran ingresados en las unidades en las que se llevó a cabo la investigación. Los enfermos del grupo EPOC-AMB fueron entrevistados por los investigadores en un despacho adyacente al utilizado por el especialista que les atendía en el servicio de Neumología. Los enfermos de los grupos EPOC-HOSP y CAN-PUL eran evaluados en la misma unidad de hospitalización, lo cual se realizaba al menos 48 horas después del ingreso. En todos los casos se cumplimentaba una Entrevista Sociobiográfica y el cuestionario Illness Behavior Questionnaire (IBQ); dado el bajo nivel cultural de los sujetos muestrales, se descartó la autoadministración de las pruebas, por lo que los investigadores leían al enfermo el contenido de cada ítem y recogían su respuesta.

Instrumento

El «Illness Behavior Questionnaire» (IBQ) fue creado en 1975 por Pilowsky y Spence para evaluar las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de las reacciones de los demás ante ésta, y la visión propia acerca de la situación psicosocial. Está compuesto por 62 ítems con un formato de respuesta SÍ/NO. A través de los muchos trabajos en los que ha sido utilizado, se ha mantenido prácticamente constante un grupo de factores en los que puede descomponerse la evaluación global (Zonderman, Heft y Costa, 1985; Pilowsky, 1993b): *Hipocondría general, Convicción de enfermedad, Percepción psicológica versus somática de la enfermedad, Inhibición afectiva, Perturbación afectiva, Negación e Irritabilidad*. Los diversos estudios realizados en torno a la validez y fiabilidad del IBQ han mostrado las buenas cualidades psicométricas de este cuestionario (Ballester, 1990). Además, ha sido traducido y baremado para su uso en población española en distintos trabajos (Nieto *et al.*, 1989; Llor, Nieto, Godoy y Morales, 1991; Ballester y Botella, 1993; Marco, Rubio, Ventura y Lobo, 1997). En nuestra investigación hemos utilizado la traducción de Ballester y Botella (1993).

Resultados

Llevamos a cabo un Análisis Discriminante que nos proporcionó dos funciones canónicas. El autovalor («eigenvalue») de la primera es de 3,470, con una correlación canónica de 0,881 (tabla 1). El valor lambda (λ) es de 0,065, que resulta significativo a un nivel del 0,01 (tabla 2).

La matriz de clasificación (tabla 3) nos proporciona más información sobre la capacidad de ajuste de la función. El grupo mejor diferenciado es el de EPOC-HOSP, con el 100% de sus casos correctamente clasificados. Respecto a los otros dos grupos, sólo hay un caso en cada uno de ellos clasificado erróneamente. En total, el 97,9% de los enfermos son clasificados correctamente.

Para poder identificar los ítems más relevantes en el análisis, realizamos la prueba de igualdad de medias, cuyos resultados para los ítems con diferencias significativas se encuentran en la tabla 4. Además, analizamos los porcentajes de respuesta afirmativa de cada grupo en estos ítems (tabla 5).

El análisis de los ítems en los que los grupos de EPOC obtienen mayores puntuaciones que los enfermos de cáncer de pulmón nos muestra que aquellos sienten que la enfermedad interfiere mucho en sus vidas (75% en los EPOC-AMB y 81,3% en los EPOC-HOSP), piensan que son más propensos a enfermar que los demás (34,4% y 28,1%), no creerían al médico si éste les dijese que no les encuentra nada malo (34,4% y 31,2%), conocen a personas que tienen su misma enfermedad (75% y 71,9%) y a menudo piensan que pueden caer enfermos de repente (43,8% para ambos grupos).

Por otro lado, las mayores puntuaciones de los enfermos con EPOC ambulatorios en algunos ítems nos muestran que estos creen que los demás no toman su enfermedad con suficiente seriedad

(43,8%), se preocupan o molestan por detalles insignificantes para otros (62,5%) y sienten a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave (53,1%). En cambio, los EPOC hospitalizados destacan por considerar que tienen problemas con sus nervios (59,4%), estar preocupados por muchos achaques (53,1%), pensar que su enfermedad afecta a las relaciones sexuales (75%), preocuparles que los demás se den cuenta o no de que están enfermos (40,6%), pensar que se preocupan por muchos síntomas diferentes (43,8%) y creer que las preocupaciones pueden provocarles los síntomas (53,1%). Finalmente, el único ítem en el que los enfermos con cáncer de pulmón muestran una mayor conducta anormal de enfermedad es el que recoge los problemas para comer (el 31,2% manifiesta no comer bien).

Discusión

La necesidad de delimitar las características psicológicas de aquellas personas que padecen diversas enfermedades nos obliga a utilizar conceptos que resulten sensibles a las diferencias que a nivel psicosocial aparecen en el ámbito del enfermar. Nuestro objetivo ha sido poner a prueba esta capacidad en uno de los conceptos utilizados con este fin, la Conducta de Enfermedad. Para ello

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	3,470	58,5	58,5	,881
2	2,459	41,5	100,0	,843

Funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	g.l.	Signif.
1 a la 2	0,065	171,145	124	0,003*
2	0,289	77,563	61	0,075

NOTA: (*) p<0,01

	Grupo de pertenencia pronosticado			Total
	EPOC-AMB	EPOC-HOSP	CAN-PUL	
EPOC- AMB	31 (96,9%)	0 (0%)	1 (3,1%)	32
EPOC-HOSP	0 (0%)	32 (100%)	0 (0%)	32
CAN-PUL	0 (0%)	1 (3,1%)	31 (96,9%)	32

Ítem	z Wilks	F	Signif.
3	0,898	5,295	p<0,01
6	0,864	7,290	p<0,01
7	0,913	4,429	p<0,01
12	0,903	5,013	p<0,01
16	0,832	9,354	p<0,01
19	0,857	7,725	p<0,01
25	0,805	11,259	p<0,01
28	0,910	4,581	p<0,01
37	0,922	3,929	p<0,05
39	0,918	4,168	p<0,05
41	0,900	5,157	p<0,01
45	0,909	4,646	p<0,01
48	0,916	4,283	p<0,05
50	0,849	8,210	p<0,01
57	0,892	5,649	p<0,01

ITEMS	EPOC-AMB	EPOC-HOSP	CAN-PUL
3. ¿Interfiere mucho la enfermedad en su vida?	75,0 %	81,3 %	46,9 %
6. ¿Piensa que usted es más propenso a enfermar que otros?	34,4 %	28,1 %	0 %
7. ¿Si el médico le dijera que no le encuentra nada malo, le creería?	65,6 %	68,8 %	93,8 %
12. ¿Tiene problemas con sus nervios?	43,8 %	59,4 %	21,9 %
16. ¿Está usted preocupado por muchos achaques?	21,9 %	53,1 %	9,4 %
19. ¿Conoce a alguien que haya tenido su misma enfermedad?	75,0 %	71,9 %	34,4 %
25. ¿Piensa que su enfermedad afecta a sus relaciones sexuales?	40,6 %	75,0 %	21,9 %
28. ¿Le preocupa que los demás se den cuenta o no de que está enfermo?	15,6 %	40,6 %	12,5 %
37. ¿Piensa a menudo que puede caer enfermo de repente?	43,8 %	43,8 %	15,6 %
39. ¿Cree que la gente no toma la enfermedad de usted con suficiente seriedad?	43,8 %	18,8 %	15,6 %
41. ¿Cree que se preocupa por muchos síntomas diferentes?	31,3 %	43,8 %	9,4 %
45. ¿Come bien?	96,9 %	81,3 %	68,8 %
48. ¿Se preocupa o molesta por detalles insignificantes para otros?	62,5 %	53,1 %	28,1 %
50. ¿Tiene a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave?	53,1 %	40,6 %	9,4 %
57. ¿Cree que las preocupaciones pueden provocar sus síntomas?	43,8 %	53,1 %	15,6 %

seleccionamos tres grupos de enfermos claramente diferenciados a nivel médico, tratando de determinar si esas diferencias en la situación de enfermar encontraban un paralelismo a nivel psicosocial. Estos tres grupos nos permitían establecer un variado juego de comparaciones; en efecto, utilizábamos dos grupos de sujetos con una misma patología pero en una situación clínica diferenciada: enfermos con EPOC en un momento de estabilidad clínica (ambulatorios) y enfermos con EPOC en un momento de descompensación (hospitalizados); frente a ellos situábamos un grupo claramente distinto, al ser enfermos con cáncer de pulmón pendientes de una intervención quirúrgica.

El grupo de EPOC ambulatorios constituye un claro ejemplo de patología crónica: personas que padecen una enfermedad que se inició de manera insidiosa, evolucionó hacia un deterioro progresivo con una seria afectación de la función respiratoria, y conllevó unas importantes limitaciones vitales (Anderson, 1995; Jones, 1995). En el grupo de EPOC hospitalizados, a estas dificultades se les sumaba un elemento que le aportaba especificidad: el cuadro había sufrido una descompensación que demandaba hospitalización; esto implicaba una situación de crisis dentro del desarrollo de la enfermedad, y una precipitada inmersión en el ámbito sanitario. Finalmente, el grupo de cáncer de pulmón se encontraba en una situación de crisis puntual: una enfermedad interrumpía de manera abrupta el curso vital del enfermo, con una situación que demandaba una reacción de emergencia, un proceso de recuperación relativamente breve y una reorganización transitoria del estilo de vida.

Los resultados del análisis discriminante nos indican que el IBQ efectivamente permite distinguir entre las tres situaciones del enfermar que hemos delimitado. El análisis de los ítems en los que aparecen estas diferencias nos permite comprobar que los dos grupos de enfermos con EPOC muestran un mayor impacto psicosocial derivado del enfermar respecto a los sujetos con cáncer de pulmón. En efecto, en mayor medida que estos sienten que la enfermedad interfiere en sus vidas, piensan que son más propensos a enfermar, adoptan una actitud más recelosa ante las comunicaciones del médico y piensan con frecuencia en que pueden caer enfermos de repente. Por otra parte, al comparar entre sí los dos gru-

pos de enfermos con EPOC (ambulatorios y hospitalizados) encontramos una diferencia que a nivel estadístico resulta significativa, pero que a nivel psicológico no es fácil de delimitar; en efecto, apenas puede lograrse una caracterización relevante de cada grupo en función de los ítems que permiten distinguir entre ambos.

Esta capacidad del concepto de Conducta de Enfermedad para distinguir a la patología crónica de la aguda ha sido apuntada por diversos autores. Así, ya vimos cómo Alonzo (1980, 1984) delimitaba cuatro formas de conducta de enfermedad, dos de las cuales corresponderían precisamente a cuadros agudos y crónicos. Por otra parte, este resultado también nos sitúa ante una línea de investigación que goza en la actualidad de una gran fuerza, la delimitación a nivel psicosocial del enfermar crónico. El vertiginoso aumento de la prevalencia de este tipo de cuadros, unido a las importantes implicaciones que a nivel psicológico y social conllevan, justifican sobradamente estos trabajos (Hatchett, Friend, Symister y Wadhwa, 1997; Pelechano, 1997). En este sentido, la Conducta de Enfermedad no ha resultado ajena a este interés, y de hecho muchos autores tienden a relacionar este concepto con el ámbito de la enfermedad crónica (Blackwell y Gutmann, 1986; Galdón y Andreu, 1990). No obstante, debemos llamar la atención sobre la necesidad de ahondar en el conocimiento de las implicaciones psicosociales de los cuadros agudos, en cuanto que estos constituyen un ámbito del enfermar en el que se producen importantes desafíos de adaptación, y cuya resolución puede influir enormemente en la evolución del cuadro; pensemos por ejemplo en las altas cifras de petición de altas voluntarias que se encuentran en algunos servicios sanitarios (Duñó y Sans, 1997).

Podemos concluir este trabajo defendiendo la necesidad de seguir trabajando en el desarrollo de conceptos que permitan delimitar a nivel psicosocial a los distintos ámbitos del enfermar. Atendiendo a nuestros resultados consideramos que la Conducta de Enfermedad puede ser un instrumento útil para llevar a cabo esta labor, ya que con él podemos distinguir a los enfermos que padecen patologías diferentes. No obstante, la principal limitación de este concepto es que apenas permite establecer patrones psicosociales que diferencien entre distintos tipos de enfermedad crónica.

Referencias

- Alonzo, A.A. (1980). Acute illness behavior: a conceptual exploration and specification. *Social Science and Medicine*, 14, 515-526.
- Alonzo, A.A. (1984). An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Social Science and Medicine*, 19, 499-510.
- Anderson, K.L. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Research in Nursing and Health*, 18, 547-556.
- Amaldoss, J.D., Cardona, C., y Hernández, J. (1996). Personalidad y conducta de enfermedad en pacientes con infarto agudo de miocardio (II). *Anales de Psiquiatría*, 12, 330-336.
- Ballester, R. (1990). *Aspectos conceptuales sobre Conducta de Enfermedad*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Valencia.
- Ballester, R., y Botella, C. (1993). Perfil de Conducta de Enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265.
- Blackwell, B., y Gutmann, M. (1986). The management of chronic illness behaviour. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 401-408). New York: Plenum Press.
- Duñó, R., y Sans, J. (1997). La inadaptación al hospital y el alta voluntaria. En J.E. Rojo y E. Cirera (Eds.), *Interconsulta psiquiátrica* (pp. 571-575). Barcelona: Masson.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Engel, G.L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.
- Galdón, M.J., y Andreu, Y. (1990). El concepto de Conducta de Enfermedad y sus diferentes campos de aplicación. En E. Ibáñez (Ed.), *Psicología de la Salud y estilos de vida* (pp. 247-276). Valencia: Promolibro.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P., y Wadhwa, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 560-573.
- Jiménez, C. (1998). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Universidad.
- Jones, P.W. (1995). Issues concerning health-related quality of life in COPD. *Chest*, 107, 187S-193S.

- Leventhal, H., y Nerenz, D.R. (1985). The assessment of illness cognition. En P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in Health Psychology* (pp. 517-554). New York: Wiley.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M., y Nieto, J. (1995). *Ciencias psicossociales aplicadas a la Salud*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Llor, B., Nieto, J., Godoy, C., y Morales, J.M. (1991). Baremo del cuestionario I.B.Q. en población clínica española. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, 263-267.
- Marco, J.C., Rubio, J.L., Ventura, T., y Lobo, A. (1997). La Conducta de Enfermedad. En F. Rodríguez, J.L. Vázquez y M. Desviat (Eds.), *Psiquiatría Social y Comunitaria* (Vol. 1, pp. 363-388). Las Palmas: ICEPSS.
- Martínez, M.C., Arnaldos, J.D., y Hernández, J. (1996). Personalidad, conducta de enfermedad y adaptación psicosocial del ostomizado (I). *Anales de Psiquiatría*, 12, 202-208.
- McHugh, S., y Vallis, T.M. (Eds.) (1986). *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of chronic diseases*, 15, 189-194.
- Nieto, J., Abad, M.A., López, C., García, C., y Morales, J.M. (1989). Conducta de Enfermedad. Un intento de identificación de tipos clínicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 53-58.
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza (Orig. 1951).
- Pelechano, V. (1997). Personalidad y el binomio salud-enfermedad: una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 751-795.
- Pilowsky, I. (1993a). Aspects of Abnormal Illness Behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. (1993b). Dimensions of Illness Behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire: a replication study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 53-62.
- Pilowsky, I. (1996). From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behaviour?. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Weinman, J., y Petrie, K. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Zonderman, A.B., Heft, M.W., y Costa, P.T. (1985). Does the illness behavior questionnaire measure abnormal illness behavior?. *Health Psychology*, 4, 425-436.

Aceptado el 20 de octubre de 2000